

告示番号		22		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		37 短腸症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状		全身		体重増加不良：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]									
		消化器		下痢：[ なし ・ あり ] 便秘：[ なし ・ あり ] 胃・腸痙：[ なし ・ あり ] 部位：[ 胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ]									
				腹痛：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				腹部膨満：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
		その他		症状 (その他)：( )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清アルブミン：( )g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL AST：( )U/L ALT：( )U/L γ-GTP：( )U/L PT-INR：( )											
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )											
画像検査		単純X線検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
栄養管理		中心静脈栄養：[ なし ・ あり ] 使用静脈：( ) 使用カテーテル名：( ) 投与栄養量：( )kcal/kg/日 残存静脈本数：( )本/6本残存 経腸栄養：[ なし ・ あり ] 使用経腸栄養剤名：( ) 投与栄養量：( )kcal/kg/日											
手術		手術 (初回)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( ) 残存小腸の長さ：( )cm 回盲弁の有無：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )											
		手術 (腸管延長術)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( ) 延長後の長さ：( )cm											
治療		治療 (その他)：( )											
今後の治療方針		今後の治療方針：( )											
		治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月											

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( )

告示番号 **22** 慢性消化器疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 2/2

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。				
医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)